FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1916

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme Marie LIÉNART

Née le 18 septembre 1884, à Amiens.
Interne des Hôpitaux d'Amiens.

TRAITEMENT

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

PAR LA

RECALCIFICATION

Président : M. CHAUFFARD, *Professeur*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1916

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	L.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A la mémoire du Docteur COURTELLEMONT
Mon bien regretté Maître,
Mort au Champ d'honneur en Octobre 1916.

A MES AMIES ET AMIS

A MES MAITRES

Je dédie ces modestes pages.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital St-Antoine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Parvenue aux termes de nos études médicales, nous sommes heureuse de jeter un regard en arrière et de revoir les années écoulées.

C'est d'abord notre première année de médecine comme externe de M. Courtellemont, ayant pour camarade d'études celui qui devait devenir le compagnon de notre vie. Nous n'oublierons jamais ni les leçons cliniques si documentées de notre chef de service, ni sa scrupuleuse conscience, ni l'exquise bienveillance avec laquelle il excusait notre inexpérience et s'intéressait à notre avenir. C'est avec lui que nous avons passé ces deux dernières années d'internat et c'est à lui que nous devons l'idée de cette thèse. Nous sommes heureuse de pouvoir lui dire ici toute notre reconnaissance.

C'est ensuite notre année de chirurgie avec M. Moulonguet, qui nous a fait profiter largement de son expérience et de ses sages conseils alors, que son chef de clinique, M. Chazarain, nous apprenait à manier le bistouri.

MM. Boussavit et Froidure nous initièrent à la chi-

rurgie et à la médecine infantiles, et, plus tard, M. Fournier nous enseignait les principes d'obstétrique et de gynécologie.

Enfin, M. Labarrière, dont nous sommes aussi l'interne depuis deux ans, devait faire beaucoup pour nous en nous laissant la plus grande initiative dans son service. Nous le prions de croire à notre gratitude.

Nos remerciements iront ensuite à MM. Caraven, Pauchet, Sourdat, Peugniez, Braillon, Merle, Degouy, Hautefeuille, Julien, D'Hardivillier, Moynier de Villepoix, Pancier, Sauné, Jaloustre, tous professeurs à l'Ecole de Médecine d'Amiens, médecins ou chirurgiens à l'Hôtel-Dieu, qui nous ont laissé le souvenir de leur enseignement si clair, si précis. Nous sommes heureuse de pouvoir les remercier de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Mais, nous ne saurions oublier que nous ne sommes pas seulement leur élève, et notre pensée va vers les professeurs de la grande Cité du Nord, qui nous avaient si cordialement accueillie lors de notre quatrième année de médecine : le professeur Combemale, doyen de la Faculté de Lille, MM. Breton, Pierret, Bué, Curtis, Gellé et Leclerc. Vers eux va notre souvenir ému parce que, dans la Grande Guerre, ils furent parmi les plus malheureux. Vers eux, va tout notre espoir d'une Lille bientôt sauvée de l'envahisseur et d'une paix glorieuse.

Nous voudrions aussi nommer tous ceux qui nous ont aidée à être ce que nous sommes, tous ceux qui se sont intéressés à nos études médicales. Nous sommes obligée de terminer, et, c'est bien sincèrement, que nous remer-

coins les professeurs de la Faculté de Paris qui nous ont fait passer nos derniers examens, et surtout, M. le professeur Chauffard qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en exprimons notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Malgré les nombreux travaux déjà parus sur la péritonite tuberculeuse, nous sommes souvent embarassés au sujet de la conduite à tenir en présence de ces cas. Les procédés classiques ne sont pas souvent heureux, c'est pourquoi nous n'avons pas hésité à revenir sur un traitement qui n'est pas classique, qui serait digne de le devenir. Nous avions rêvé d'une thèse plus étendue, de travaux de science pure ; mais les nécessités actuelles nous ont obligée à délaisser les salles de laboratoire et es bibliothèques pour la pratique hospitalière. Il nous est difficile de nous isoler plusieurs heures chaque jour dans notre cabinet de travail : mille choses nous sollicitent au dehors : il faut aller au plus pressé, soulager ceux qui ont besoin de nos soins. En dedans, nous vibrons de trop d'angoisse ou d'espoir et nous ne pouvons faire l'effort nécessaire pour nous occuper uniquement de science.

Sur les conseils de notre Maître, M. Courtellemont, qui s'est toujours vivement intéressé à cette question, nous avons voulu, une fois de plus, attirer l'attention sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par la

recalcification, méthode originale, simple, et qui donne des résultats très satisfaisants.

Nous l'avons vue appliquer pendant notre séjour dans le service de M. Courtellemont, et nous-même, grâce à l'initiative laissée ces dernières années, avons pu l'expérimenter dans nos salles de médecine de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Pour étayer notre étude nous avons eu, non seulement les observations déjà parues, mais six observations personnelles dont l'une en collaboration avec M. Courtellemont. C'est sur une base clinique de dix-neuf observations, que nous avons établi notre travail d'ensemble.

Nous verrons successivement les chapitres suivants :

1. — Historique.
2. — Technique du traitement.
3. — Observations.
4. — Résultats de la méthode.
5. — Avantages de la méthode.
6. — Indications et contre-indications.
7. — Des divers autres traitements employés dans la péritonite tuberculeuse.
8. — Mode d'action.
9. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la recalcification est de date relativement récente.

Les sels de chaux avaient été employés, d'abord de façon empirique, dès le XVIII[e] siècle par Fourcroy. Après lui, Quarin, Cohen (1832), Defontenay (1846), Despinay (1860), Hanemann (1870) continuent à les prescrire à leurs tuberculeux. Aulard, Dujardin-Baumetz et Halter notèrent la rareté de la tuberculose chez les ouvriers chaufourniers et essayèrent de traiter leurs malades par l'inhalation de vapeurs chargées de sels calcaires.

Citons encore Crighton, Rudolph, etc., et nous arrivons à Robin qui, en 1895, fit ses travaux sur la « Déminéralisation organique considérée comme une expression de terrain tuberculisé et probablement du terrain tuberculisable. »

L'emploi des sels de chaux sort alors du domaine de l'empirisme et, avec Ferrier, en 1904, naît la méthode de la recalcification. MM. Sergent, Renon, Courtellemont et autres appliquèrent cette nouvelle méthode avec succès; jusqu'alors elle n'était réservée qu'au traitement de la tuberculose pulmonaire ou à de rares loca-

lisations extrapulmonaires où ne figurait pas la péritonite.

C'est M. Courtellemont qui, le premier, appliqua le traitement de Ferrier à la cure de la péritonite tuberculeuse. Il fit connaître sa tentative heureuse dès 1907, dans une note publiée dans la *Gazette médicale de Picardie*, sur le *Traitement de la tuberculose par la recalcification*.

Le 1er juillet 1910, il appela à nouveau et plus particulièrement l'attention sur ce sujet, dans un travail fait en collaboration avec son interne M. Colin. Ces deux auteurs étudièrent au cours d'un article paru dans *La Clinique*, le *Traitement de la péritonite tuberculeuse par la recalcification*. Leur travail basé sur deux observations est le premier publié sur cette question.

Quelques semaines plus tard M. Colin publiait *in extenso*, dans sa thèse *Traitement de la tuberculose par les sels de chaux* (1), les deux observations précédentes datant l'une de 1907, l'autre de 1907-1908. Il y joignait une observation inédite de M. Courtellemont : celle d'un cas soigné sans succès par cette méthode. Il réservait dans son travail, un chapitre spécial à l'application de la méthode de Ferrier au traitement de la péritonite tuberculeuse. Dès ce moment, la question de cette thérapeutique était donc bien posée, les premiers résultats en étaient connus.

D'autres auteurs ne tardèrent pas à venir les confirmer. Le 19 novembre 1910, M. Sergent, dans un article

(1) Colin. *Thèse de Paris*, Juillet 1910.

de *La Presse Médicale* sur la *Valeur thérapeutique de la recalcification dans la tuberculose pulmonaire*, signale qu'il a employé ce traitement dans deux cas de péritonite tuberculeuse chez l'adulte. M. Courtellemont, dans une clinique faite à l'Ecole de Médecine d'Amiens, le 27 avril 1911, présentait un nouveau cas de péritonite tuberculeuse revue au bout de plus d'un an et soumise au traitement Ferrier. On trouvera son observation, restée inédite, dans notre thèse. (Observation XII).

Mme Proussenko, dans sa thèse *Contribution à l'étude de la curabilité de la tuberculose et de son traitement par la méthode de recalcification de Ferrier* (1), se borne, en ce qui concerne la péritonite tuberculeuse, à citer les faits rapportés par MM. Courtellemont et Colin.

Le 9 février 1912, M. Maillet présente à la *Société des Sciences médicales de Montpellier* quelques observations sur l'emploi de la recalcification chez les enfants (2). Il rapporte, au cours de son exposé, une observation très intéressante de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, à type pleuro-péritonéal, qui a été très améliorée par la méthode. Malheureusement l'observation n'a pu être prolongée suffisamment pour qu'on pût juger du résultat final.

Le 14 mars 1913, Mlle Giraud publie à la *Société des Sciences médicales de Montpellier*, un cas de péritonite tuberculeuse, à forme ascitique chez l'enfant, traité avec succès par la recalcification (3). Cette obser-

(1) Mme PROUSSENKO, *thèse de Montpellier*, 23 décembre 1911.
(2) In *Montpellier médical*, 1912. Tome I, page 535.
(3) In *Montpellier médical*, 1913. Tome I, page 459.

vation prise dans le service du professeur Estor, est d'autant plus intéressante que l'enfant a été revu en parfait état de santé neuf mois après sa sortie de l'hôpital.

Nous trouvons ensuite la thèse de M. Gustave Reymond, en mars 1913, *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose et en particulier des tuberculoses chirurgicales par les méthodes de recalcification* (1). L'auteur appelle l'attention sur cette bienfaisante méthode et s'étend assez longuement sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par les sels de chaux. Il rapporte les observations de MM. Courtellemont et Colin ainsi que celles de M. Maillet et Mlle Giraud; il en apporte une nouvelle, très intéressante : Cas d'une jeune fille traitée dans le service du professeur Tédenat et sur laquelle plusieurs interventions avaient été tentées pour localisations péritonéales diverses et qui n'enrayèrent pas la marche de la maladie : le traitement par la recalcification amena une sérieuse amélioration.

Un peu plus tard, le 25 juin de la même année, paraissait la thèse de Mme Popperek : *Traitement de la péritonite tuberculeuse par la méthode de recalcification* (2). Cette étude apporte, avec les trois observations de M. Colin, cinq observations inédites dont quatre de M. Sergent ou de son service. Cette thèse intéressante fait connaître surtout la pratique et les résultats de M. Sergent. Nous avons regretté de n'y

(1) Gustave Reymond, *thèse de Montpellier*, 15 mars 1913.
(2) Mme Popperek, *thèse de Paris*, 25 juin 1913.

pas trouver mentionné, même à l'historique, le nom de M. Courtellemont.

Nous n'avons pas eu connaissance d'autres travaux depuis le travail de Mme Popperek, mais le traitement a été appliqué dans les services de médecine de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, ce qui nous a permis de prendre des observations nouvelles. De son côté, M. Courtellemont l'a appliqué en ville à différentes reprises, et a bien voulu nous communiquer ses notes sur un petit malade vu par lui en clientèle avec M. Degouy, et d'autres, recueillies à l'un des hôpitaux auxiliaires de notre ville où il fut médecin-chef.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU TRAITEMENT.

Le malade atteint de tuberculose péritonéale est, comme tout tuberculeux, un individu en état de déchéance organique. C'est, comme nous l'a appris Robin, un déminéralisé, et mieux, un décalcifié, comme l'a montré Ferrier.

Tout traitement rationnel visera donc à réparer les pertes de chaux, à s'opposer à toutes les causes de spoliations nouvelles parce qu'il s'agit « non seulement de prendre de la chaux, mais d'en garder » (Ferrier), et à relever les forces de l'organisme pour lui permettre de lutter victorieusement contre le bacille de Koch.

Néanmoins, il est certain que l'application du traitemen recalcifiant à la péritonite tuberculeuse entraîne quelques modifications, sinon dans la méthode, du moins dans le régime alimentaire.

Nous verrons successivement :

1. — Les prescriptions médicamenteuses.
2. — Le régime alimentaire.
3. — Les prescriptions d'ordre physique.
4. — Les prescriptions adjuvantes.

5. — Nous terminerons par un modèle d'ordonnance, résumé court et clair de la technique.

1° **Prescriptions médicamenteuses.** — Les seuls médicaments donnés par Ferrier sont les sels de chaux. Il proscrit les sels solubles éliminés trop rapidement, ne se fixant pas dans les tissus, et recommande les sels insolubles sous forme de carbonate et de phosphate tribasique de chaux et d'eau bicarbonatée calcique.

Sels de chaux. — Le carbonate et le phosphate tribasique auxquels sont joints la magnésie calcinée et le chlorure de sodium sont prescrits en diverses formules dont nous donnons les principales :

Carbonate de chaux . . . . . 0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux . . . . 0 gr. 20
Magnésie calcinée . } aâ. . . . . 0 gr. 15
Chlorure de sodium. }
pour un cachet.

Carbonate de chaux . . . . . 0 gr. 40
Phosphate tribasique de chaux . . . . 0 gr. 20
Magnésie calcinée . . . . . 0 gr. 05
Chlorure de sodium . . . . . 0 gr. 10
pour un cachet.

Carbonate de chaux . . . . . 0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux . . . . 0 gr. 20
Magnésie calcinée . . . . . 0 gr. 05
pour un cachet in Letulle (*Presse médicale*).

M. Sergent préfère la formule suivante :

Carbonate de chaux . . . . . 0 gr. 30
Phosphate tribasique de chaux . . . . 0 gr. 50
Chlorure de sodium . . . . . 0 gr. 15
Magnésie calcinée . . . . . 0 gr. 10
pour un cachet.

Nous avons continué à prescrire les cachets selon la première de ces formules remplaçant les cachets par des paquets, tantôt par économie, tantôt suivant la susceptibilité de certains malades incommodés par le pain azyme.

Plus importante est la question du maintien ou de la suppression de la magnésie : nos malades sont, plus que tous les autres tuberculeux, sujets à la diarrhée ; dans ce cas nous supprimons complètement la magnésie et donnons le cachet ou paquet suivant, conseillé par MM. Courtellemont et Colin :

Carbonate de chaux	0 gr. 65
Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 20
Chlorure de sodium	0 gr. 15

Quel que soit le contenu de nos cachets nous en donnons toujours trois par jour : un à la fin des repas du matin, de midi et du soir.

Eaux minérales. — L'eau bicarbonatée calcique sous forme d'eau de Saint-Galmier ou de Pougues Saint-Léger est prescrite de façon régulière dans la clientèle aisée. Elle est donnée à la dose d'un verre une demi-heure avant les repas, et au cours du repas comme boisson habituelle. Cette eau aura été débouchée quelque temps avant l'usage.

Dans notre pratique hospitalière il ne nous a pas été permis de la prescrire à nos malades, l'administration ne pouvant nous livrer l'eau. Comme l'avait déjà noté M. Colin dans sa thèse, l'eau d'Amiens filtrée et non bouillie peut être donnée dans les mêmes conditions

car c'est une eau très calcaire ne contenant que peu de sulfate de chaux. Il faut avouer qu'avec certains de nos malades, nous n'obtenons pas l'usage régulier de cette pratique bien que nous leur permettions de ne boire qu'un demi-verre au lieu d'un verre avant les repas.

Tel est le traitement médicamenteux et hydrominéral appliqué chez l'adulte.

Chez l'enfant, les prescriptions restent les mêmes, les doses seules diffèrent. La quantité de sels de chaux sera par jour de 0 g. 30 jusqu'à un an et on ajoutera 0 g. 05 par année au-dessus de cet âge.

Comme on peut le constater, réserves faites au sujet de la magnésie, les médicaments, leurs doses, le moment des prises sont sensiblement les mêmes dans la tuberculose du péritoine que dans toute autre localisation. Dans le paragraphe suivant nous verrons des modifications plus importantes.

2° **Régime alimentaire.** — La plupart des malades que nous avons observés à l'hôpital nous sont arrivés avec une diarrhée plus ou moins abondante. La dernière venue (observation XIX) avait huit à dix selles par jour avec vomissements, et était vraiment intoxiquée par le régime alimentaire inopportun suivi chez elle. Ce sont donc des malades dont il faut surveiller attentivement le tube digestif puisque là est le point faible. Il faut aller prudemment, fournir progressivement une dose alimentaire capable d'être tolérée d'abord, puis d'être assimilée sans surchage.

Tous les malades observés cette année ont dû être mis

au régime lacté absolu dès leur entrée et pendant une huitaine de jours. Tous l'ont bien toléré, sauf celui de l'observation XVI qui a dû être mis au bouillon de légumes : le lait ayant augmenté le météorisme et la diarrhée.

Dès que l'intestin fonctionne mieux, très vite nous adjoignons de petits potages épais aux pâtes ou aux farines préparés au lait ou au bouillon de légumes.

Au bout de quelques jours nous ajoutons aux deux puis aux trois potages quotidiens une, puis deux purées, que nous remplaçons ensuite par des pâtes alimentaires, du riz, que nous faisons alterner pour varier le menu.

Après avoir donné deux ou trois jaunes d'œuf nous ne modifions pas le régime pendant plusieurs semaines.

Plus tard, en surveillant sérieusement nos malades, nous donnons un peu de viande crue ou de jus de viande, puis de la viande rôtie ou grillée. Enfin, nous donnons un peu de pain. Celui-ci et la viande sont, en général, les aliments les moins bien supportés.

Comme dans l'alimentation des tuberculeux en général, nous proscrivons l'ingestion de mets acides (salades, fruits crus, oranges, citrons, vin, bière). En général nous ne donnons pas de lait caillé, sans le défendre d'une façon absolue en cas de tolérance pour cet aliment et d'intolérance pour tout autre. Nous ne donnons pas d'aliments capables de fournir des acides pendant la digestion (graisse, pain de luxe riche en levure).

En cas d'ascite, nos malades sont alimentés mais soumis à un régime achloruré ou hypochloruré.

3° **Prescriptions d'ordre physique.** — A) Le malade est mis au repos au lit et reste couché pendant toute la durée du traitement, c'est-à-dire pendant plusieurs mois. Le tuberculeux ne devant « pas user son corps pas plus par la fatigue musculaire que par la fatigue intellectuelle et morale » (Sogniès).

L'immobilisation de l'abdomen est d'ailleurs la base du traitement de toute inflammation de la séreuse péritonéale. De plus, le repos facilite la digestion, diminue les mouvements respiratoires et la production des toxines musculaires. Comme il s'oppose à l'exagération des combustions et à l'accumulation des déchets c'est aussi un antithermique.

B) Nous avons coutume d'appliquer sur le ventre de nos malades une serviette chaude humide, bien exprimée, recouverte de taffetas gommé. Tout en contribuant à immobiliser les anses intestinales, elle agit comme un révulsif doux et comme calmant de la douleur. Les applications chaudes sont renouvelées plusieurs fois par jour et continuées longtemps sauf s'il survient de l'irritation cutanée. Alors, nous cessons momentanément et plaçons sur les téguments soit de la poudre de talc soit de la pommade à l'oxyde de zinc.

C) Enfin, nous faisons de l'aération continue. Les lits sont munis de couvertures chaudes et les fenêtres sont ouvertes progressivement. S'il fait du vent, un paravent garantit le malade, et s'il fait froid, la chambre est chauffée.

4° **Prescriptions adjuvantes.** — Nous ne donnons habituellement ni chlorhydrate d'adrénaline comme le fait M. Sergent, ni extrait hépatique, ni arsenic. Mais la méthode que nous suivons n'exclut pas l'emploi de ces médicaments pas plus que d'autres quand certains symptômes en indiquent la nécessité : ainsi, en cas de fièvre, nous donnons volontiers un cachet de cryogénine de 0 gr. 25, une potion calmante s'il y a toux persistante. En cas de constipation, les bouillies, les purées sont présentées moins épaisses, l'eau de Saint-Galmier est donnée à la dose de un ou deux verres aux repas. Si le régime est insuffisant à rétablir des selles régulières, nous administrons un lavement huileux. Si, au contraire, la diarrhée s'installe, nous revenons à un régime sévère (régime sec avec potages et purées épaisses), les cachets de chaux sont prescrits sans magnésie, au besoin nous leur adjoignons trois à quatre grammes de bismuth.

Les compresses chaudes pourraient être remplacées par tout autre moyen immobilisant les anses, tel que le collodion; mais il irrite souvent la peau. La teinture d'iode, qui fait une révulsion plus intense, est en général assez mal tolérée par les sujets à épiderme délicat. L'huile gaïacolée à 1 pour 20 a aussi été préconisée, elle agit à la fois comme analgésique étant ithermique; mais il faut craindre la possibilité de collapsus cardiaque par son emploi prolongé.

5° **Modèle d'ordonnance.** — Voici comme nous avons coutume de rédiger une ordonnance pour le traite-

ment d'une péritonite tuberculeuse de forme moyenne :

I. — Carbonate de chaux . . . . . 0 gr. 50.
Phosphate tribasique de chaux 0 gr. 20.
Magnésie calcinée. . . . . } ââ 0 gr. 15.
Chlorure de sodium. . . . . }
Pour un paquet N° 60.

Prendre le contenu d'un paquet à la fin des repas du matin, de midi et du soir, mélangé aux aliments.

II. — 3/4 d'heure avant ces mêmes repas : prendre un verre ou un demi-verre d'eau de Saint-Galmier ou Pougues Saint-Léger.

III. — Hygiène alimentaire. Les repas seront espacés, n'en faire que trois par jour : 8 h. ; midi ; 18 h.

Les aliments permis sont : les potages au lait ou au bouillon de légumes, les purées, les pâtes alimentaires, le riz, les œufs peu cuits. Plus tard, s'il y a tolérance, un peu de viande crue, puis de la viande grillée à un seul repas.

S'abstenir de : mets acides, fruits crus, oranges, citrons, confitures acides, fromages fermentés.

Ne prendre de beurre que juste la quantité indispensable à la préparation des aliments. Le remplacer, quand c'est possible, par de la crême ou de la sauce blanche.

Comme boisson : eau de Saint-Galmier ou Pougues Saint-Léger, ou eau filtrée.

IV. — Application permanente d'une serviette chaude humide sur le ventre, la recouvrir de taffetas gommé.

V. — Aération continue — Repos absolu au lit.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous avons réuni, pour notre étude, onze observations de péritonite tuberculeuse traitée par la recalcification et publiées antérieurement les unes dans les thèses de M. Colin et de Mme Popperek de la Faculté de Paris, les autres dans le *Montpellier médical* ou dans la thèse de M. Reymond de la Faculté de Montpellier. De plus, M. Courtellemont nous a communiqué trois observations inédites et ce ne sont pas les seuls cas nouveaux qu'il ait soignés avec succès par cette méthode. Nous joignons à ces quatorze observations, cinq autres personnelles et inédites recueillies dans les services de médecine de l'Hôtel-Dieu d'Amiens pendant nos deux dernières années d'internat.

Ces dix-neuf cas rapportés sont certainement peu nombreux eu égard au nombre des tuberculeux péritonéaux; ils nous permettront néanmoins d'avoir une vue d'ensemble sur les résultats encourageants obtenus par la méthode de recalcification essayée longtemps uniquement sur les tuberculeux pulmonaires.

Mous rappellerons d'abord brièvement les observa-

tions déjà parues, puis nous indiquerons les observations inédites et nous essayerons d'en tirer les enseignements qu'elles comportent.

Observation I (M. Courtellemont).
(Résumée).

(C'est l'observation XXVI de la thèse de M. Colin, le premier cas signalé sur ce sujet en 1907, dans la *Gazette médicale de Picardie*).

Il s'agit d'un homme de 41 ans, déjà tuberculeux pulmonaire, chez qui évolue une tuberculose péritonéale à forme caséeuse, avec ventre « pâteux », ascite modérée, sans gâteaux. Mis au traitement recalcifiant, il guérit de sa péritonite en deux mois et meurt de méningite quinze mois plus tard.

Observation II (MM. Courtellemont et Colin).
(Résumée).

Mlle G. F..., 18 ans, atteinte de péritonite fibro-caséeuse avec gâteaux et induration du sommet droit. Mise pendant un mois au traitement ordinaire, révulsion sur l'abdomen, suralimentation, l'état ne se modifie pas. On institue alors le traitement recalcifiant (décembre 1907). Six semaines après mieux sensible. Elle se croit guérie et quitte l'hôpital. Elle est revue plus de deux ans après, très bien guérie. Santé florissante.

Observation III (M. Courtellemont in thèse Colin).
(Résumée).

Malade adulte, atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite abondante, douleurs abdominales, diarrhée, intolérance gastrique fréquente. Gros œdème des membres inférieurs, pouls rapide et irrégulier. Traitement Ferrier, associé aux autres prescriptions alimentaires, sans effet. La malade succomba quelques mois plus tard.

Observation IV (M. Sergent in thèse Mme Popperek).
(Résumée)

M..., 23 ans, examinée le 15 avril 1911, a commencé à souffrir deux mois plus tôt, péritonite tuberculeuse à forme ascitique et fibro-caséeuse avec gâteaux épiploïques et ganglions mésentériques. Pas de localisation extra-péritonéale. Mise au traitement de Ferrier avec adjonction de 1 milligramme de chlorhydrate d'adrénaline dix jours sur quinze. Trois mois après, aucun signe de péritonite ne subsiste. Est revue un an après avec tous les signes de la santé.

Observation V (Mme Popperek, thèse de Paris).
(Résumée)

L..., 41 ans, antécédents chargés : bronchite probablement bacillaire en juillet 1900. Crise d'appendicite (?) juin 1902. Pleurésie droite avec épanchement en décembre 1902.

Pleurésie sèche à gauche en juillet 1903.

Hémoptisies plus ou moins abondantes de cette époque à 1909 où la malade accuse des symptômes d'entérite.

Examinée en juin 1909 : ascite d'abondance moyenne, dou-

leur au niveau de la colonne dorso-lombaire avec légère saillie des vertèbres ; sommet du poumon droit en voie de ramollissement, frottements pleuraux à la base droite. L'état reste stationnaire jusqu'au début de 1911. La malade est mise une première fois au traitement Ferrier qu'elle abandonne puis le reprend régulièrement jusqu'en octobre 1911. Amélioration indiscutable portant sur l'état général, les troubles intestinaux et sur l'évolution vers une forme fibreuse de la péritonite tuberculeuse après sept mois de traitement.

Observation VI (Mme Popperek, thèse de Paris).
(Résumée)

M. G..., 34 ans, péritonite bacillaire avec adhérences et léger enkystement du liquide qui n'est que peu mobile.

Mise au traitement recalcifiant de fin avril à juillet 1912. Guérison.

Observation VII (Mme Popperek).
(Résumée)

K..., 26 ans, vue en février 1912. A cette époque elle semble faire une poussée aiguë du côté de ses ganglions mésentériques avec syndrome douloureux solaire et réaction péritonéale légère évoluant sur un terrain déjà tuberculisé : à 12 ans a eu une tumeur blanche du genou.

Traitement Ferrier, amélioration.

Observation VIII (M. Sergent in thèse Mme Popperek).
(Résumée)

M. D..., onze ans, malade depuis quatre mois, examiné la première fois en mars 1912 : il s'agit de péritonite tuberculeuse à forme de gâteaux péritonéaux.

Traitement Ferrier. Guérison au bout de deux mois, n'a pas été revu.

Observation IX (Mlle Giraud, *Montpellier médical* 1913). (Résumée)

Malade du service du professeur Estor, 12 ans, péritonite bacillaire à forme ascitique, entre à l'hôpital le 16 janvier 1912, malade depuis septembre 1911. On institue le traitement de Ferrier. Le malade quitte l'hôpital en fin avril, guéri. Il continue le traitement jusqu'en octobre. La guérison s'est maintenue, l'enfant a été revu dix mois après sa sortie avec un état général parfait.

Observation X (M. Maillet. *Montpellier médical.* 1912). (Résumée).

Enfant de 12 ans vu en février 1912. — Il a eu une pleurésie gauche en 1909, malade du ventre à partir de décembre 1910. — Atteint de péritonite tuberculeuse cloisonnée avec signes d'induration des deux sommets et de l'albumine dans les urines. Le traitement Ferrier est institué en mars. En avril, amélioration, diminution de l'ascite, pas d'amélioration des signes pulmonaires. N'a pas été suivi après juin.

Observation XI (M. Reymond, thèse de Montpellier 1913). (Résumée).

Jeune femme en traitement dans le service de M. Tédenat, 25 ans, a subi deux interventions chirurgicales pour localisations bacillaires péritonéales (péri-appendiculaire et sous-hépatique). Examinée en janvier 1913, présente une ascite cloisonnée avec gâteaux profonds irrégulièrement répartis.

Elle est mise au traitement recalcifiant avec prise d'eau alcaline le matin avant le petit déjeuner. Mieux sensible, disparition des douleurs. Après un mois : amélioration évidente, augmentation de poids de cinq kilos.

Observation XII (M. Courtellemont et Mme Liénart). (Inédite).

G. J..., 14 ans, lessiveuse, entrée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, salle Bax, le 16 février 1911 après avoir été soignée pendant trois jours à l'infirmerie du pensionnat où elle se trouvait.

Antécédents familiaux. — Mère bien portante.

Père malade, probablement tuberculeux car le médecin traitant lui a fait des pointes de feu au thorax.

Un frère mort en bas âge, un autre frère bien portant.

Antécédents personnels. — La malade s'enrhume facilement, surtout l'hiver, mais n'a aucun antécédent pathologique intéressant.

La maladie actuelle a débuté trois jours plus tôt, le 13 février : la fillette s'est sentie fiévreuse, le lendemain elle a présenté de l'inappétence et a eu des vomissements.

Examen de la malade. — C'est une jeune fille fatiguée, amaigrie, présentant de la rougeur des pommettes. A l'inspection du thorax, on remarque de l'ampliation du côté droit avec immobilité respiratoire.

A la percussion, matité à droite en arrière remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. En même temps on note l'abolition des vibrations thoraciques, la disparition du murmure vésiculaire au même niveau. Pas d'œgophonie, pas de pectoriloquie aphone : il s'agit d'un épanchement pleural moyen du côté droit. A gauche, en arrière, matité à la base du poumon avec obscurité de la respiration, pas d'épanchement. En avant, la respiration est soufflante aux deux sommets, surtout à gauche.

Du côté de l'abdomen, le ventre apparaît gros, tendu, pré-

sentant une zone de sonorité autour de l'ombilic et deux zones de matité : dans chacune des deux fosses iliaques. La fosse droite est plus largement mate que la gauche.

Du côté des autres appareils, rien d'anormal, le pouls est un peu rapide, pas de souffles cardiaques.

Pas de sucre, pas d'albumine, pas de pus dans les urines. La petite malade n'a pas encore eu de règles.

Evolution. — La température qui, à l'entrée, atteignait 40°6 s'est maintenue pendant une dizaine de jours autour de 39° le soir avec rémission le matin. Puis elle s'est abaissée progressivement avec de temps en temps une poussée à 39°.

Examen du 26 avril. — Il y a toujours des signes d'épanchement pleural à droite et une matité légère à gauche.

Sur l'abdomen : zone de matité de l'ombilic au pubis, occupée par un gâteau péritonéal.

Diagnostic. — Il s'agit de péritonite tuberculeuse avec ascite et gâteaux péritonéaux accompagnée de pleurésie droite avec épanchement.

Traitement et résultats. — La malade, qui fit l'objet d'une clinique médicale de M. Courtellemont au mois d'avril 1911, fut soumise au traitement recalcifiant. L'évolution ultérieure montre les heureux résultats de cette thérapeutique. L'enfant, en effet, alla de mieux en mieux. On la descendit au jardin, elle prit de l'embonpoint et sortit sans autorisation du médecin le 16 août 1911, se considérant comme guérie.

Au point de vue abdominal tout alla bien, mais en février 1912, elle dut entrer à nouveau à l'Hôtel-Dieu dans le service de chirurgie, pour un abcès froid de l'avant-bras droit. (Déjà, avant son départ en juillet, on avait constaté un peu de gonflement indolore à la partie supérieure de l'avant-bras, le long du bord externe du radius).

L'abcès fut incisé et guérit avec une cicatrice chéloïdienne. La malade quitta l'hôpital. En mai 1912, elle y revient pour d'autres abcès froids de l'avant-bras d'origine non osseuse. M. Courtellemont la revoit encore : son ventre est normal,

elle ne tousse jamais, a bon appétit, se sent forte et est contente de sa santé. Neuf mois après sa sortie de l'hôpital elle était donc restée guérie de sa péritonite tuberculeuse.

Observation XIII (MM. Courtellemont et Degouy). (Inédite.)

A.T... 15 ans, souffrant du ventre depuis quelques jours, se couche le 27 décembre 1914, sa température qui était à 38° le matin atteint 39° le soir. Tout se passe comme s'il s'agissait d'un embarras gastrique fébrile. M. Degouy, médecin traitant, fait une prise de sang pour un séro-diagnostic le 2 janvier. Le résultat est négatif. Après une poussée de température à 39°4, une certaine amélioration se produisit et on put croire à l'entrée en convalescence.

Le 12 janvier, l'état devient plus grave : l'enfant continue à se plaindre du ventre et la température augmente ce soir-là et les suivants et oscille autour de 39°.

Le 27 janvier, M. Degouy demande M. Courtellemont en consultation : l'enfant se plaint toujours du ventre, sans localisation précise, mais plutôt vers la région médiane.

L'abdomen est modérément ballonné, non contracturé, incomplètement dépressible, pâteux. De plus, la percussion décèle une zone de matité à la partie inférieure et latérale gauche du thorax. Est-ce une grosse rate avec périsplénite? ou s'agit-il d'une plaque de pleurite?

A ce moment, le diagnostic de péritonite tuberculeuse semble le plus vraisemblable, pourtant on fait encore des réserves sur la possibilité de dothiénentérie. Le séro-diagnostic restant négatif, le traitement recalcifiant est appliqué. L'état reste à peu près le même pendant une vingtaine de jours au cours desquels M. Degouy fait six injections d'électrargol.

M. Courtellemont revoit l'enfant le 26 février : la péritonite

tuberculeuse est alors évidente : le ventre est pâteux, il n'y a pas d'ascite mais on sent une masse un peu indurée dans la fosse iliaque gauche : c'est un gâteau péritonéal.

Le traitement est continué et l'alimentation reprise avec prudence.

L'enfant alla de mieux en mieux. Complètement apyrétique en avril, il se lève.

M. Courtellemont le revoit au printemps 1916 : il va en classe, ne présente aucun signe local ou général.

Observation XIV (M. Courtellemont).
(Inédite).

J. P..., âgé de 25 ans, entre à l'hôpital auxiliaire 101 pour une affection qualifiée « courbature fébrile ». C'est un soldat d'infanterie qui fait campagne; il était bien portant jusqu'au début de sa maladie.

Celle-ci commença le 17 août 1915 dans une localité du front, par la courbature, la céphalée, la fièvre, l'inappétence. Vers le 20 août, le ventre commença à grossir, le malade était obligé de desserrer son pantalon; le ventre a augmenté encore dans ces derniers jours.

Etat à l'entrée (28 août 1915). — Un état légèrement fébrile (37°8 dans l'aisselle), un ventre un peu ballonné, quelques douleurs abdominales sans localisation, quelques vomissements avant l'entrée à l'hôpital, pas de diarrhée : tel était le tableau clinique.

Evolution. — Le tableau resta à peu près le même les jours suivants, sauf que les vomissements ne se reproduisirent pas et que la température monta légèrement, atteignant le 31 août 38°5 (dans l'aisselle), et affectant ensuite un type irrégulier (38°4 à certains soirs, 37°5 à d'autres); en outre, le 30 août, quelques râles sibilants étaient notés à la base droite; ils disparaissaient le lendemain.

Le 7 septembre, l'état est resté à peu près semblable, mais le ventre a grossi encore depuis quelques jours : on constate dans les deux flancs de la matité ; cette matité se déplace quand on met le malade dans le décubitus latéral; il n'y a pas de déplissement de l'ombilic, la sensation de flot n'est pas très nette.

Le 11. — Ascite évidente, avec tous ses signes (sensation de flot, matité...) ; cette ascite est mobile.

Le ventre est toujours le siège d'un endolorissement léger, étendu à tout l'abdomen, sans prédominance en un point.

Le 13. — Matité de la base gauche, obscurité respiratoire à ce niveau et léger point de côté gauche.

Le 18. — Léger empâtement périombilical.

Le 20. — Les signes d'épanchement thoracique gauche s'accentuent, il y a du souffle pleurétique de ce côté.

Le 22. — Une thoracentèse est pratiquée : elle ramène deux litres de liquide séro-fibrineux.

L'amélioration se dessine les jours suivants : la fièvre cesse, le liquide ne se reproduit pas, des frottements pleuraux se font entendre dans le côté gauche du thorax.

La matité abdominale a disparu le 25 septembre, sauf dans la partie déclive des flancs où elle persiste encore.

La rougeur et l'infiltration de la paroi dans la région périombilicale persistent, elles sont surtout sus-ombilicales.

22 octobre. — Il n'y a plus de liquide dans l'abdomen, la matité a disparu, mais on sent par la palpation du ventre, deux gâteaux péritonéaux très nets : un, situé dans l'hypocondre gauche, va jusqu'à l'ombilic qu'il dépasse même de quelques centimètres ; l'autre, est situé dans la fosse iliaque droite. Un purgatif, administré les jours suivants, n'amène aucun changement dans l'état de ces masses.

28 novembre. — Les gâteaux péritonéaux ont changé de caractère : ce sont des masses plus nombreuses qu'autrefois, moins volumineuses, elles siègent surtout vers la partie centrale de l'abdomen, laissant libres les flancs, elles descendent

jusque dans la région sus-pubienne. Il y a encore un frottement pleural à la base gauche. La température remonte pendant quelques jours jusqu'à 38°, 38°5, (axillaire).

Il y a de temps en temps quelques coliques, en particulier sous l'influence de l'alimentation. La rougeur et l'infiltration de la zone périombilicale ont disparu après avoir régressé peu à peu.

Dans la suite, l'état général resta longtemps stationnaire mais sans fièvre ; toutefois les masses abdominales diminuaient un peu de volume. Dans le mois de mars 1916 leur régression s'accentua. Le 31 mars, l'examen les notait bien moins volumineuses qu'autrefois. Il n'y avait plus de signes thoraciques.

L'état s'améliora encore jusqu'au départ du malade. Les gâteaux diminuaient de volume et de nombre, l'embonpoint progressif du sujet témoignait des réactions favorables de l'organisme. La température axillaire ne dépassait pas ou à peine 37° (le soir). L'appétit était bon. Le malade était toujours maintenu au lit. Il n'avait pas de douleur. Rien au thorax, pas de liquide dans l'abdomen.

Nous dûmes l'évacuer le 6 mai 1916, sur l'intérieur, pour des raisons indépendantes de notre volonté. Il n'était pas guéri, puisqu'il conservait encore des gâteaux péritonéaux, mais il était en très bonne voie de guérison. Il fit le voyage couché et arriva en parfait état dans un hôpital d'une ville de Bretagne d'où il nous envoya des nouvelles satisfaisantes les jours suivants. Le bon état persistait.

En résumé : tuberculose pleuro-péritonéale, avec prédominance péritonéale (ascite, gâteaux abdominaux). Epanchement pleural gauche guéri au départ du malade. Malade soigné à l'hôpital pendant plus de huit mois.

A son départ, grande amélioration, relèvement de l'état général, fonctions satisfaisantes des voies digestives, absence

de fièvre, de douleurs et d'ascite, mais persistance de gâteaux péritonéaux.

Traitement. — Le traitement suivi pendant ces huit mois de séjour consista dans les prescriptions suivantes :

1° Prise de trois cachets recalcifiants par jour, suivant la formule ci-dessous :

Carbonate de chaux.	0 gr. 60
Phosphate de chaux tribasique.	0 gr. 20
Chlorure de sodium.	0 gr. 10

pour un cachet.

Commencée le 9 septembre 1915, à raison d'un cachet par jour, cette médication fut portée le 11 septembre, à la dose de deux cachets par jour et, depuis le 18 septembre 1915, à la dose de trois cachets par jour (un matin, midi et soir). Cette dernière dose fut continuée presque sans interruption jusqu'à la sortie du malade de l'hôpital.

2° L'huile de foie de morue fut à titre transitoire, administrée une quinzaine de jours en décembre 1915.

3° Repos absolu au lit pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital.

4° Des compresses humides tièdes exprimées et recouvertes de taffetas étaient maintenues en permanence sur l'abdomen.

5° L'alimentation, exclusivement liquide jusqu'au 15 septembre, fut renforcée ensuite par un, puis deux tapiocas. Une purée était adjointe dès le 23 septembre, deux purées dès le 24 septembre. Dès le 29, le malade mangeait même un peu de pain. La viande était introduite dans son régime dès le 6 octobre au repas de midi, et dès le 15 octobre aux deux repas. A partir du 24 octobre, il tolérait le régime ordinaire qu'il supporta parfaitement jusqu'à sa poussée du 28 novembre.

Le 28 novembre, en raison des coliques que déterminait l'ali-

mentation, il dut être remis au régime liquide pendant quelques jours, il ne put reprendre ensuite qu'après un mois de tâtonnements, l'usage régulier des tapiocas et des purées. Jamais nous ne lui redonnâmes de viande ou de pain jusqu'à son départ; pendant cette dernière partie de son séjour il resta au régime des bouillies, pâtes et purées.

6° Comme boisson, eau ou tilleul. Nous n'avons pu prescrire les verres recommandés par Ferrier avant chacun des repas.

Observation XV (personnelle et inédite).

S... 20 ans, tisseur, entré à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, salle Tavernier, le 15 mars 1915 parce qu'il souffre du ventre et présente des troubles gastro-intestinaux.

Antécédents familiaux. — Ses parents sont vivants. Sa mère est de santé délicate, son père bien que n'ayant jamais été alité n'est pas robuste.

Son frère et ses deux sœurs sont bien portants.

Lui-même n'aurait d'autre antécédent pathologique qu'une rougeole. Aucune maladie infectieuse n'a précédé de près l'éclosion de la maladie actuelle.

Histoire de la maladie. — Il y a six semaines sont apparus les premiers troubles digestifs : anorexie, alternative de constipation et de diarrhée, légère toux le matin avec expectoration, celle-ci est nulle dans la journée.

Puis la diarrhée est devenue continue et le ventre a grossi. Fatigué au moindre effort, le malade a dû interrompre son travail huit jours avant son entrée à l'hôpital. Comme son état ne se modifiait pas malgré un repos relatif, il est venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu et a été admis dans un service de médecine.

Examen du malade à l'entrée. — C'est un jeune homme au visage amaigri et pâle. Les creux sus et sous-claviculaires sont déprimés, les muscles de la ceinture scapulo-thoracique

sont légèrement atrophiés. Tout le haut du tronc fait contraste avec le bas : le ventre présente, en effet, un volume exagéré avec légère circulation veineuse collatérale sous-ombilicale.

La percussion décèle la matité des flancs se déplaçant avec les mouvements, et une zone médiane de sonorité.

La sensation de flot est nette : il y a donc ascite libre.

A la palpation profonde on sent des paquets d'anses agglutinées surtout à gauche.

Les poumons ne sont pas indemnes : il y a de la submatité de la région sous-claviculaire à droite, en avant et le murmure vésiculaire s'y trouve très affaibli.

En arrière, submatité des sommets et matité plus accentuée de la base gauche, avec, à l'auscultation, quelques râles humides aux sommets à prédominance gauche, et affaiblissement du murmure vésiculaire à la base.

Rate et foie normaux.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse est posé.

Le malade est mis au repos absolu au lit, avec une serviette chaude humide sur le ventre, recouverte de taffetas gommé.

Il est mis au lait et reçoit des cachets de chaux.

L'état reste stationnaire pendant 5 à 6 jours, la température continue à osciller le soir entre 38°8 et 39°2 pour retomber voisine de la normale le matin.

Les selles sont un peu moins fréquentes et le ventre moins tendu, mais la zone de matité augmente à la base gauche du poumon et bientôt apparaît un souffle doux, il y a aussi un peu d'œgophonie et de pectorilogine aphone ; il s'agit de pleurésie avec épanchement moyen.

Le 25 mars, nous faisons une thoracentèse et retirons 1 litre 1/2.

Les jours suivants, l'état s'améliore sensiblement, la température s'abaisse. Le malade se sent de l'appétit et nous commençons à l'alimenter : nous lui donnons un, puis deux, trois potages par jour. Il sont bien tolérés, nous y adjoi-

gnons des purées, des pâtes alimentaires. Le ventre s'assouplit, l'ascite disparaît, seul subsiste l'empâtement dans l'hypocondre gauche jusqu'au voisinage de la crête iliaque.

Le liquide pleural ne s'est pas reproduit après la thoracentèse, le murmure vésiculaire est progressivement perçu.

Le malade reçoit deux jaunes d'œuf puis de la viande crue. L'alimentation est très bien supportée. Les joues se recolorent, les forces reviennent, le malade demande à sortir le premier juin, nous refusons; mais il profite de notre absence momentanée pour quitter l'hôpital le 7 juin 1915.

Il se repose quelque temps chez lui, se sentant fort et se croyant guéri, il se remet au travail et quitte bientôt son ancien emploi pour un autre plus lucratif mais qui l'oblige à porter de lourdes charges.

Pendant cinq mois travaillant ferme et gardant son appétit, il ne suit aucun traitement. A la fin de décembre, à la suite d'un refroidissement brusque, il se met à tousser, mais il continue à travailler sans prendre aucune précaution. Bientôt les forces diminuent, l'appétit devient capricieux, en même temps la toux augmente et les sueurs nocturnes apparaissent.

Il entre à l'hôpital le 24 mars 1916. Il présente un ramollissement des sommets des poumons avec prédominance gauche. En avril, il fait un pneumothorax qui dut être ponctionné.

Il quitte l'hôpital en juin, pour mourir deux jours après chez lui en tuberculeux pulmonaire sans avoir présenté, pendant son second séjour, aucune réaction du côté du ventre : sa tuberculose péritonéale était restée guérie.

Observation XVI (personnelle et inédite).

M. L..., âgé de 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Tavernier, à la fin de mars 1916 parce qu'il tousse, présente des alter-

natives de diarrhée et de constipation et parce que son ventre grossit.

Antécédents familiaux. — Père en bonne santé.

Mère morte à 35 ans de tuberculose pulmonaire.

3 frères sont vivants mais peu robustes.

1 sœur est morte de tuberculose.

Sa femme est vivante, bien portante. Ils ont eu trois enfants dont deux sont vivants et un mort de méningite.

Antécédents personnels. — Le malade se rappelle avoir été souffrant à différentes reprises pendant la seconde enfance, mais ne peut donner de renseignements sur la nature de ces malaises. Il a eu des bronchites à différentes reprises et depuis un an n'a pas cessé de tousser. Depuis un mois environ, il a des sueurs nocturnes abondantes et présente une expectoration muco-purulente surtout le matin. Depuis à peu près le même temps, il souffre du ventre, celui-ci a grossi et la diarrhée est devenue presque continue.

On trouve, à l'examen, du ramollissement des deux sommets des poumons avec, à droite, une caverne et des sous-crépitants disséminés dans tout le poumon et perceptibles à l'auscultation, surtout en arrière.

Le ventre est gros, douloureux, très tendu, avec circulation veineuse développée surtout dans la région sous-ombilicale. Il y a de la matité des flancs mais elle ne se déplace pas avec les mouvements. Il y a sonorité de la partie médiane para-ombilicale; on sent dans la profondeur, des masses péritonéales à contours mal délimités.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse secondaire à des lésions pulmonaires avancées semble hors de doute. Le traitement recalcifiant est institué. La diarrhée persiste, tenace même, bien que nous ayons supprimé la magnésie de la formule des cachets recalcifiants. Le lait est supprimé et remplacé par du bouillon de légumes, celui-ci est mieux toléré; on essaie ensuite le régime des purées et des pâtes. Pendant quinze jours l'état général semble s'améliorer progressive-

ment, mais les signes du côté des poumons ne s'amendent guère. Bientôt le malade perd l'appétit, tousse et crache de plus en plus, a des selles sanglantes. La cachexie augmente et il meurt cinq semaines après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Observation XVII (personnelle et inédite).

D... M... 31 ans, chemisière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (salle Padieu), le 7 mai 1916, pour troubles intestinaux et diminution des forces.

Antécédents familiaux. — Mère morte à 53 ans de maladie de foie.

Père vivant, bien portant.

Une sœur bien portante.

Divorcée, a eu trois enfants lesquels sont actuellement en bonne santé.

Antécédents personnels. — Aucun antécédent pathologique sauf une rougeole, il y a sept ans, contractée en soignant un de ses enfants malades et de fréquents troubles intestinaux depuis deux à trois ans.

Histoire de la maladie actuelle. — Les premiers troubles sont apparus insidieusement il y a deux mois environ, par des alternatives de constipation et de diarrhée avec vomissements. Vers la fin d'avril, le ventre a commencé à grossir, et la coexistence de cette augmentation de volume et de troubles abdominaux avec vomissements a fait penser à la malade qu'elle était enceinte bien que ses règles, quoique diminuées dans leur durée et leur abondance, aient continué à paraître chaque mois.

Examen du 7 mai. — Tout de suite, contrastant avec le thorax amaigri, l'abdomen apparaît augmenté de volume, pas très dur mais pâteux, un peu douloureux à la palpation. Il y a un peu de matité dans les flancs, ne se déplaçant guère; l'ascite paraît peu abondante et enkystée, il y a surtout du

méténisme. L'examen des poumons révèle un peu de submatité du sommet droit, en avant, avec diminution du murmure vésiculaire à ce niveau.

La percussion et l'auscultation sont normales à gauche, en avant.

En arrière, la respiration est rude au sommet droit et la base correspondante est assez obscure.

Rien d'anormal à gauche.

Le foie et la rate sont normaux.

Il n'y a pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

La température à l'entrée est voisine de 39°, le soir.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse avec ascite légère et ventre pâteux sans gâteaux vrais.

Le traitement recalcifiant est institué. Très rapidement, l'état de la malade s'améliore : le ventre diminue progressivement mais reste pâteux, la température oscille à peine au-dessus de 38° le soir avec, de temps à autre, une poussée aux environs de 39°.

Aucun incident ne trouble la marche vers la guérison, et, six semaines après son entrée, la malade demande à retourner chez elle et promet de suivre son traitement et de revenir à la consultation.

Nous ne l'avons pas revue.

Observation XVIII (personnelle et inédite).

J. M..., 21 ans, tisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (salle Padieu), le 21 avril 1916.

Antécédents familiaux. — Aucun antécédent intéressant. Parents vivants, père bien portant, mère de santé délicate et fort nerveuse.

Une sœur morte à 28 jours.

Une autre de 29 ans, bien portante.

Un frère de 20 ans, mobilisé.

Antécédents personnels. — Cette jeune fille n'aurait jamais été malade avant juillet 1914, où elle aurait eu un embarras gastrique (?) suivi de pleurésie sèche, qui l'a obligée à garder le lit pendant un mois et l'a laissée souffrante pendant quatre à cinq mois. Elle a pu reprendre son travail et l'a continué jusqu'en février 1915.

Là, elle aurait eu encore des troubles digestifs vagues avec anorexie et faiblesse générale. Elle aurait dû garder le lit pendant une vingtaine de jours et serait restée sans travailler jusqu'en janvier 1916. Elle reprend alors son travail jusqu'à la fin d'avril.

Dès le début de mars, elle commence à souffrir du ventre et remarque que le ballonnement qu'elle avait seulement après les repas, autrefois, reste permanent; en même temps l'amaigrissement augmente, les traits s'altèrent. Comme les règles n'ont pas reparu depuis quatre à cinq mois, la mère imagine qu'il s'agit d'une grossesse, laquelle est confirmée par le médecin consulté à ce propos. En présence des dénégations de sa fille, la mère la conduit à l'Hôtel-Dieu où nous la voyons le 21 avril.

Examen de la malade. — C'est une jeune fille pâle, aux grands yeux brillants. Face et thorax sont très amaigris alors que l'abdomen est proéminent comme pour une grossesse de huit mois environ. La peau du ventre est blanche, luisante avec réseau veineux superficiel sous-ombilical.

La palpation est douloureuse et donne la sensation de résistance élastique. Il y a de la matité en croissant, prédominant dans les flancs avec sonorité de la région périombilicale. La position n'influe guère sur le siège des zones de matité et la sensation de flot n'est perceptible qu'en certains points : l'ascite est donc cloisonnée.

L'examen des poumons décèle de petits frottements pleuraux à la base droite et les signes d'un épanchement léger à la base gauche.

Aux sommets, la respiration est rude en avant surtout à droite.

En arrière, il existe de la submatite des fosses sus-épineuses avec craquements légers et peu nombreux à gauche, quelques râles humides à droite.

On trouve aussi de petits ganglions, roulant sous le doigt au pli de l'aine droite et suivant la chaîne carotidienne gauche.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse ne laisse aucun doute en raison des signes physiques, de l'évolution de la maladie et de l'état des poumons de notre jeune malade.

Dès l'entrée, le traitement recalcifiant est institué avec compresses chaudes humides sur le ventre, trois cachets de chaux et le régime lacté.

Evolution. — La température oscille pendant quelques jours au voisinage de 40° le soir, pour retomber le matin près de 38°. Au bout de huit jours, les douleurs spontanées ont disparu, la jeune fille redevient gaie et demande à s'alimenter.

L'ascite est en partie résorbée, la palpation profonde décèle l'existence de plaques plus fermes au milieu de la masse élastique. Ces plaques sont irrégulières à contour peu net, et siègent dans les régions péri-appendiculaire et sous-hépatique.

Le régime alimentaire est progressivement augmenté. Au début de mai, une poussée se produit au niveau des poumons : l'auscultation permet d'entendre une pluie de râles humides au sommet droit et des râles moins nombreux à gauche.

Vers le milieu de mai, tout s'arrange et à partir du 27 la température ne dépasse plus 38°5 le soir, sauf de rares élévations à 39°.

Juin se passe sans autre incident qu'une poussée ganglionnaire au niveau de la chaîne carotidienne gauche. Des compresses chaudes humides sont appliquées au cou.

A partir du 1er juillet l'amélioration reprend progressivement, le ventre redevient souple dans toute la partie gauche,

mais il y a toujours de l'empâtement dans l'hypocondre droit. En même temps, les signes pulmonaires se sont amendés, il reste seulement quelques sous-crépitants après la toux. Les forces reviennent, la petite malade si triste il y a trois mois, est gaie, pleine de confiance. Elle prend de l'embonpoint et demande à se lever ce que nous ne lui avons pas encore permis.

Observation XIX (personnelle et inédite).

F... L... 30 ans, ouvrière de fabrique, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (salle Padieu), le 5 juillet 1916, pour troubles abdominaux graves.

Antécédents familiaux. — Père mort de laryngite tuberculeuse.

Mère morte de suites de couches à 23 ans.

Un frère bien portant.

Mari réformé pour « faiblesse de constitution ».

Elle a une enfant de douze ans bien portante.

Antécédents personnels. — A eu une gastro-entérite dès les premières semaines de sa naissance : l'enfant ayant perdu sa mère avait été mise au biberon.

Jusqu'à l'âge de vingt ans, pas de maladie l'obligeant à garder le lit. A partir de cet âge elle a présenté, à différentes reprises, des crises abdominales douloureuses avec ballonnement du ventre surtout après les repas.

Histoire de la maladie. — Le 20 juin, la malade s'est trouvée indisposée comme au cours de ses crises habituelles, mais les douleurs ont été plus vives et une diarrhée abondante s'est installée accompagnée de quelques vomissements.

Elle a commencé à tousser et a eu des sueurs nocturnes.

La malade entre à l'hôpital le 5 et nous l'examinions le 6.

Son état paraît grave : elle est fort amaigrie, ses traits sont altérés, elle a un peu de subictère.

Sa température, le soir de l'entrée, atteint 40°2.

Le ventre est tendu avec légère circulation veineuse collatérale. Il y a un peu d'ascite (avec ses signes habituels) elle est en partie cloisonnée.

A la palpation profonde, on sent des masses intestinales à contours mal délimités dans toute la partie droite de l'abdomen.

A l'auscultation des poumons, en avant, nous trouvons au sommet droit, une diminution marquée du murmure vésiculaire; au sommet gauche, quelques râles sous-crépitants fins bien perceptibles surtout après la toux.

En arrière, nous trouvons seulement un peu de matité de la base gauche avec quelques frottements.

Il s'agit vraisemblablement d'une péritonite tuberculeuse avec ascite et gâteaux (évolution procédant par étapes successives), antécédents familiaux et état des poumons qui ne sont pas indemnes de tuberculose.

La malade est mise, à son entrée, au traitement recalcifiant avec régime lacté.

Evolution. — Très rapidement, son état s'améliore, les douleurs abdominales sont moins vives, puis disparaissent, la diarrhée s'atténue rapidement.

15 juillet. — L'ascite est diminuée, toute la partie gauche de l'abdomen s'assouplit; à droite, on isole deux gâteaux à contours assez nets, un dans la région sous-hépatique, l'autre est appendiculaire : c'est tout à fait la même topographie que dans l'observation précédente.

La diarrhée a complètement disparu, la température du soir a baissé progressivement et oscille entre 38°2 et 38°5.

Nous commençons à alimenter notre malade qui est heureuse du bien-être qu'elle ressent.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE LA MÉTHODE

Nous venons de passer en revue dix-neuf cas de péritonite tuberculeuse. Parmi ces cas observés nous pouvons distinguer deux grands groupes :

1°) Cas où les résultats obtenus ont été bons, même très bons.

2°) Cas où les résultats ont été nuls.

1° Dans les cas du premier groupe nous avons toujours observé le tableau suivant : Rapidement, les douleurs se sont calmées : cessant d'abord d'être continues comme chez les malades des observations XVIII et XIX pour ne revenir qu'à de longs intervalles, puis finir par disparaître.

En même temps, la diarrhée qui existait dans presque tous les cas a diminué assez vite.

Les sueurs nocturnes, quand elles existaient, sont devenues moins abondantes et n'ont plus paru après dix à quinze jours de traitement.

Parallèlement à cette amélioration, il y a eu reprise de l'appétit et une sensation de mieux-être contrastant avec l'humeur inquiète des premiers jours : les malades

entrées désespérées de leur état ne doutent plus de la possibilité de la guérison.

Grâce à une observation attentive lorsqu'il s'agit d'apporter une modification nouvelle dans le régime alimentaire, le malade tire rapidement profit de l'amélioration des fonctions digestives : il digère, et, par suite, il assimile les aliments dont il se nourrit : d'où, modification de l'habitus extérieur, reprise de l'embonpoint : ce qui a été très net pour notre malade de l'observation XIX entrée à l'hôpital presque cachectique.

Sur les dix-neuf cas que nous rapportons, nous trouvons dix-sept cas d'amélioration parmi lesquels il y a des guérisons datant de plus d'une année. Parmi ces dix-sept, il y a eu, il est vrai, deux morts de tuberculose, l'un est mort de méningite (Obs. I), l'autre de tuberculose pulmonaire (Obs. XV), mais tous deux étaient restés guéris de leur tuberculose péritonéale.

Parmi les quinze autres, six sont sortis guéris, neuf sont encore ou en traitement avec possibilité de guérison ou sortis trop tôt, améliorés, mais commettant une grosse faute thérapeutique qui les expose à des rechutes ou à de nouveaux accidents tuberculeux.

Le malade de M. Courtellemont (Obs. I) est mort de méningite quinze mois après la guérison de sa péritonite.

MM. Courtellemont et Colin citent le cas d'une jeune fille (Obs. II) revue plus de deux ans après sa sortie de l'hôpital et jouissant d'une santé parfaite.

Mme Popperek a constaté une guérison se maintenant plus d'un an, et Mlle Giraud une autre après dix mois.

Le petit malade vu par MM. Courtellemont et Degouy a été revu très robuste un an après.

La malade de l'observation XII (M. Courtellemont et Mme Liénart) n'avait pas eu de rechute du côté de l'abdomen après neuf mois de guérison.

Quant à la durée du traitement pour obtenir une amélioration sérieuse ou la guérison, Mme Popperek indique six semaines à trois mois suivant les cas. Il nous semble que trois mois sont insuffisants pour les cas sérieux; elle-même, dans l'observation V, n'a constaté d'amélioration indiscutable qu'après sept mois de traitement suivi.

Il nous semble, d'après notre expérience personnelle, qu'il faut cinq à six mois dans les cas moyens, huit mois et plus dans les cas plus sérieux : le malade de l'observation XIV a été au traitement recalcifiant pendant un peu plus de huit mois et il est sorti de l'hôpital amélioré et non guéri.

Il y a certainement des formes plus accessibles à l'action du traitement. Nous n'avons trouvé où recueilli aucune observation de péritonite à forme ascitique essentielle soignée par la méthode de recalcification, la plupart des cas traités sont des formes fibro-caséeuses avec ascite.

Nous n'avons que deux observations de forme anascitique avec gâteaux, c'est celle de Mme Popperek (Obs. VIII) et celle de MM. Courtellemont et Degouy (Obs. XIII). Ce sont celles qui ont guéri le plus vite, et, la dernière surtout, celles qui ont été revues le plus longtemps après leur guérison.

La forme avec ventre « pâteux » évolue différemment suivant le terrain ; notre malade de l'observation XVII a guéri en moins de deux mois, mais nous ne l'avons pas revue.

Les formes pleuro-péritonéales sont lentes à guérir ; mais celles observées ont toutes été améliorées et même guéries et revues après leur guérison (Obs. XII et Obs. XV).

Plus graves sont les cas compliqués de localisation pulmonaire ; là aussi le traitement recalcifiant est tout indiqué et est même l'un des meilleurs : une intervention chirurgicale risquerait de tout perdre.

Nous nous rappelons, à ce sujet, une jeune malade, vue à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, salle Padieu, en juin 1914, pour pleurésie gauche avec épanchement. Elle fut ponctionnée et sortit avec un excellent état général. Nous l'avons eue, un an plus tard, dans notre service, pour péritonite tuberculeuse avec ascite assez abondante et gâteaux, elle avait, en outre, une induration des sommets des poumons en voie de ramollissement à gauche.

Cette jeune fille avait été mise au traitement recalcifiant, mais, indocile, remuante, elle s'accommoda mal du régime de repos et de l'alimentation, elle réclama une intervention chirurgicale. Comme elle insistait l'opération eut lieu dans un service de chirurgie. Elle nous revint en médecine un mois après dans un état d'amaigrissement extrême, courbée en deux, avec un ramollissement extrêmement rapide des sommets. Elle quitta l'hôpital quelques semaines plus tard pour mourir chez elle.

Les formes avec localisation osseuse ou ganglionnaire

bénéficieraient également de la méthode de recalcification.

La jeune malade de la salle Padieu (obs. XVIII), a eu une poussée au niveau des ganglions inguinaux et cervicaux au cours de sa péritonite et en a très bien guéri.

Il ne semble pas que la durée du traitement et les résultats soient fort influencés par le sexe; ils le seraient plus par l'âge, et les enfants guérissent plus rapidement que les adultes.

2° Comme nous l'avons noté au début, nous avons eu des cas nuls où la thérapeutique a échoué, c'est le malade de M. Courtellemont (obs. III) déjà cachectique quand le traitement a été institué; c'est notre malade (obs. XVI) dont la tuberculose péritonéale était secondaire à une tuberculose intestinale et pulmonaire. M. Courtellemont nous a parlé d'autres cas non publiés où le traitement avait complètement échoué parce que la péritonite bacillaire terminait un état de tuberculose cachectique dont l'origine était ailleurs que sur le péritoine.

Il existe aussi des cas où le traitement n'empêche pas la cachexie d'apparaître ou des manifestations de tuberculose extrapéritonéale de se déclarer.

3° Il nous reste à parler des cas exceptionnels où le traitement n'a pu être institué à cause des difficultés rencontrées dans l'application de la méthode, soit par suite de vomissements ou d'intolérance par les sels de chaux, soit par suite de diarrhée rebelle.

Mais tous ces cas non modifiés par le traitement ou ceux où il n'a pu être appliqué sont beaucoup moins nombreux que les cas favorables. Rappelons que sur

dix-neuf cas, deux seulement rentrent dans la catégorie des cas défavorables : les autres sont ou guéris ou heureusement modifiés par la méthode.

Nous conclurons donc que si la recalcification n'est pas un traitement spécifique — puisqu'elle s'adresse avant tout au terrain — et toujours efficace — puisqu'il y a des cas où le traitement échoue, elle n'en est pas moins une arme excellente, et les résultats sont vraiment remarquables dans les formes moyennes.

Dans les formes virulentes ou accompagnées de localisations extrapéritonéales, c'est un bon adjuvant avec lequel on obtient, le plus habituellement, une amélioration, à défaut de guérison définitive qui ne pourrait d'ailleurs être obtenue avec aucun des autres traitements proposés jusqu'à ce jour.

CHAPITRE V

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

Du chapitre précédent découlent deux des principaux avantages de la méthode :

1° Son innocuité.

2° Son efficacité.

1° Son innocuité? La méthode de recalcification n'expose les malades à aucun danger. Les médicaments prescrits, même donnés à hautes doses, ne causeraient guère grand dommage aux malades et ne les exposeraient à aucune intoxication.

2° Son efficacité? Elle est suffisamment démontrée par les faits, nous semble-t-il pour que nous soyons dispensée d'insister sur ce point. Nous dirons seulement, une fois encore, que la plupart des sujets ainsi traités ont guéri et que les autres sont presque toujours améliorés, et ce résultat, certes, peut compter quand on songe à cette affection décevante qu'est souvent la tuberculose péritonéale.

Un autre avantage incontestable : c'est la simplicité.

Aucune grande préparation, pas de médicament au goût plus ou moins étrange et dont l'absorption journalière fatigue les moins difficiles. Un verre ou un demi-verre d'eau minérale donné à heure fixe, une alimentation saine et suffisante sans être abondante, une poudre qui pourra être prise suivant les préférences personnelles de telle manière ou de telle autre. Tout cela n'entraîne aucune grosse dépense, n'exige aucun déplacement coûteux à la mer ou à la campagne, est à la portée de toutes les fortunes, sous tous les climats, en n'importe quelle saison.

Tels sont les avantages généraux de la méthode de recalcification appliquée à la péritonite tuberculeuse en tant que maladie générale.

Il en est d'autres que nous apprécierons particulièrement par ce fait que le tuberculeux péritonéal est un malade à tonifier et dont il faut, avant tout, ménager le tube digestif.

D'après les observations rapportées nous avons pu voir que le traitement remplissait ces deux conditions. Nos malades nous arrivaient sans appétit, découragés, presque cachectiques dans certains cas, et se trouvaient, moins de dix jours après l'application de la méthode, dans un état de mieux-être surprenant : l'appétit revenait, les forces et l'espérance renaissaient. Non seulement le tube digestif était ménagé mais encore les troubles qui existaient auparavant s'amendaient. Ce dernier avantage, ni l'iode, ni l'arsenic, ni l'huile de foie de morue ne nous le donneront. Tel malade qui digérait assez bien avant leur ingestion se trouve, dans un temps

plus ou moins éloigné, atteint de diarrhée, de nausées, même de vomissements. Pour que ces divers médicaments soient assez bien tolérés, il faut instituer des périodes de repos et c'est autant de perdu pour le traitement.

CHAPITRE VI

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Est-il des cas où le traitement par la recalcification sera plus spécialement indiqué? En est-il d'autres où il sera tout à fait contre-indiqué?

a) **Indications**. — Nous pouvons dire que toutes les formes sont justiciables de la cure de recalcification, mais le succès est certainement plus marqué dans certaines d'entre elles. La forme ascitique de la péritonite, susceptible de guérir spontanément et qui donne les meilleurs résultats au point de vue chirurgical, est celle qui bénéficie le mieux du traitement recalcifiant.

Puis vient la forme ulcéro-caséeuse, celle où un processus de sclérose tend à former des adhérences autour de zones où les tubercules péritonéaux subissent la fonte puriforme. Cette forme guérit le plus souvent quoique plus lentement, que la forme précédente.

Le traitement est encore indiqué chaque fois qu'il y a localisation extrapéritonéale particulièrement sur la plèvre et sur les poumons, et même comme utile adjuvant du traitement chirurgical.

b) Reste la question des **contre-indications**. M. Courtellemont avait déjà écrit, et M. Colin le rappelle dans sa thèse, que la méthode de recalcification était applicable à toutes les localisations de la tuberculose, à l'exception peut-être des formes spontanément sclérogènes, et il avait surtout en vue alors la symphyse tuberculeuse du péricarde. Plus tard, Mme Popperek écrivait que dans les formes fibreuses de la péritonite tuberculeuse, il semblait inutile de proposer la recalcification. « En effet, dit-elle, celle-ci est une forme de guérison pour laquelle le traitement Ferrier ne ferait qu'accentuer les inconvénients occasionnés par les brides et les rétractions fibreuses, il n'est pas nécessaire de dépasser le but car il peut y avoir désavantage à trop recalcifier des individus. » L'opinion de M. Reymond est tout autre. « Il existe naturellement, écrit-il dans sa thèse, une tendance à la sclérose et à la calcification spontanée des lésions, il convient donc de l'aider médicalement » et c'est là notre avis. Il est certain que s'il y avait obstruction intestinale nette par bride, le traitement recalcifiant ne serait pas indiqué : il semble s'agir ici d'un cas bien particulier. Comme nous le disait M. Courtellemont : dans tous les cas il faut aller au plus pressé, tenter de guérir le malade même en l'exposant plus tard à la laparotomie. L'opération n'a pas la gravité de celle que réclame une symphyse péricardique et elle est plus efficace.

Restent les formes aiguës : granulie à prédominance péritonéale ou même forme miliaire localisée à la séreuse abdominale : l'évolution est fatale jusqu'ici

quelle que soit la thérapeutique employée. Cette forme ne soulève pas de contre-indication, seulement le traitement recalcifiant est inutile.

Le seul cas où le traitement ne pourrait être appliqué dans toutes ses parties, c'est celui d'intolérance à l'égard des paquets ou cachets recalcifiants. A vrai dire, elle est tout à fait rare et se manifeste par ce fait que le sujet vomit presque tous les paquets ou cachets qui lui sont donnés; il en serait probablement de même pour tout autre médicament. Il suffira alors de ne pas continuer à administrer les sels de chaux tout en observant les autres prescriptions du traitement : s'il n'est pas possible de recalcifier du moins s'opposera-t-on à la décalcification.

CHAPITRE VII

DES DIVERS AUTRES TRAITEMENTS EMPLOYÉS DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

En passant en revue les avantages du traitement recalcifiant, nous avons constaté qu'ils étaient sérieux, et dignes d'arrêter l'attention.

Il est inoffensif, efficace, simple et présente un caractère pratique qui le met à la portée de tous.

Voyons les autres traitements proposés jusqu'ici et comparons-les à celui que nous venons d'étudier.

Le premier qui se présente à l'esprit est le traitement chirurgical. Depuis l'erreur classique de Spencer Wells opérant une péritonite tuberculeuse alors qu'il pensait avoir à extirper un kyste de l'ovaire, ou plutôt depuis Kœnig (1884) jusqu'au début du xx^{e} siècle, médecins et chirurgiens sont presque tous interventionnistes, comme le faisait encore remarquer Broca en 1906, lors du xvi^{e} Congrès international de médecine. Grâce aux nombreuses interventions de cette période chirurgicale de la thérapeutique des affections tuberculeuses du péritoine, il fut possible d'apprécier les divers résultats et

de reconnaître que toutes les formes ne bénéficaient pas également de la laparotomie.

Comme l'écrit M. Sauvé dans le *Progrès médical* :

« Pour que la laparotomie ait des chances de succès, il faut un état général satisfaisant et des lésions locales peu avancées sinon... l'opération est plus dommageable qu'utile (1).

C'est ainsi que l'opération chirurgicale aura plein succès dans la forme ascitique. Dans la forme ulcéro-caséeuse, les avis sont fort partagés, et, dans la forme fibreuse, elle n'est utile qu'en cas de complications : telle l'occlusion intestinale par brides.

Donc, au point de vue des formes, à l'exception des cas où le chirurgien a la main forcée, pas d'autres avantages que le traitement médical recalcifiant, sauf peut-être un gain de temps dans la forme ascitique : l'intervention permettant, en général, d'atteindre la guérison en quelques semaines.

Si, au point de vue efficacité, le traitement chirurgical peut entrer en parallèle avec le traitement recalcifiant, dans la plupart des cas, par contre, il est loin d'être aussi inoffensif. On a vu des morts par collapsus ou par généralisation tuberculeuse très rapide, sans parler des aléas que comporte toute opération abdominale (erreur d'aseptie, erreur de technique, adhérences entraînant lors de leur rupture, des déchirures graves de l'intestin). C'est donc là un traitement qui n'est pas à

(1) Sauvé. Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Progrès Médical*, 20 janvier 1912.

la portée de tous puisqu'il faut un chirurgien habile et un aide.

Enfin, il y a des contre-indications fournies par les localisations extrapéritonéales : il faut se défier en présence d'épanchement pleural assez abondant ou d'atteinte des poumons : l'anesthésie devenant souvent l'occasion d'une poussée de congestion.

Pour simplifier l'intervention, pour la rendre plus à la portée du praticien, certains auteurs ont préconisé la méthode des ponctions suivies ou non d'un lavage à l'eau boriquée, l'éther iodoformée, le naphtol camphré, voire même l'air stérilisé. Outre la possibilité d'intoxication par ces injections qui ne sont pas toutes sans danger, il faut craindre la possibilité de ponctionner l'intestin. Déjà, dans la laparotomie, une grande prudence est souvent nécessaire pour ne pas pénétrer dans une anse accolée à la paroi et qu'il n'est pas toujours permis de soupçonner cliniquement. Dans la ponction on va encore plus à l'aveugle et surtout on ne sait pas dans quel état on laisse l'intestin quand on a retiré le trocart. Comme le dit Guinard lui-même : « Je ne suis pas assez audacieux pour oser ponctionner un péritoine tuberculeux. »

Laissant de côté les méthodes plus ou moins interventionnistes, voyons maintenant les autres traitements médicaux dignes d'être comparés à la méthode de recalcification.

En 1908, Hallopeau présentait à l'Académie, la méthode de Rollier, dite « *Cure solaire* » ou « *Héliothérapie* ». Ici s'exerce l'action tonique du soleil par l'excitation des terminaisons nerveuses cutanées produi-

sant une vaso-dilatation amenant une congestion qui favorise la phagocytose. Les rayons solaires ont été reconnus oxydants, réducteurs, analgésiants, sclérogènes. La cure est efficace et la littérature médicale possède de nombreuses observations de guérison. (Travaux de Weill, Pic, Gaulier, etc.) Mais il ne faut pas perdre de vue que, dans les formes aseptiques, évoluant sans fièvre, c'est-à-dire dans les bons cas, la guérison peut se faire en deux ou trois mois, donc il faut une période relativement longue de jours ensoleillés où la température devra atteindre 30° au minimum. La cure n'est donc pas possible en hiver, dans la plupart des régions ni même en été dans celle du Nord, et ne possède pas le caractère pratique, peu onéreux de la cure de recalcification. De plus, il faut une surveillance attentive par une personne expérimentée car, dans la période inflammatoire aiguë ou subaiguë, il peut y avoir des poussées congestives locales aboutissant au ramollissement des foyers caséifiés ou d'abcès.

On a proposé et expérimenté aussi la « *Cure solaire à la mer* ». Ses avantages se rapprochent de ceux obtenus par l'héliothérapie simple. Cependant, si les résultats sont parfois vraiment merveilleux, il ne faut pas cacher que le traitement n'arrête pas la péritonite trop manifestement en évolution; bien plus, il peut exercer une action aggravante surtout dans les cas de localisation pulmonaire. Enfin, les mêmes reproches s'adressent à ce traitement qui, plus encore que les précédents, ne présente pas un caractère assez pratique pour être à la portée de tous.

Nous en dirons autant en ce qui concerne la radiothérapie : absence de caractère pratique d'une part, possibilité d'aggravation de l'état général et généralisation de la tuberculose d'autre part.

Dans ces dernières années on a essayé de lutter directement contre le bacille de Koch et on a essayé la tuberculinothérapie, la sérothérapie et l'antosérothérapie dans la forme péritonéale de la tuberculose comme dans les autres manifestations.

Les résultats de ces traitements sont trop peu connus; nous ne sommes pas assez sûrs de l'innocuité de ces méthodes encore trop nouvelles pour qu'on puisse en apprécier les avantages, et trop aléatoires pour être conseillées dans les cas bénins.

Ces traitements ne sont guère à la portée de tout le monde; ils sont donc bien différents, même à ce seul point de vue, du traitement recalcifiant.

D'une façon générale, l'absorption de médicament présente un caractère plus pratique. Parmi ceux préconisés en est-il qui puissent vraiment rivaliser avec les sels de chaux?

Nous avons déjà parlé de l'huile de foie de morue qui ne peut être administrée pendant les chaleurs, et qui, pour être efficace, devrait être prise à la dose de cinq à six cuillerées à bouche. Or, dans ces proportions, elle a une action désastreuse sur les glandes digestives comme l'a montré Pawlow, et produit rapidement des troubles digestifs si néfastes quand il s'agit de tuberculeux péritonéaux.

L'iode et l'arsenic ne sauraient non plus être donnés

comme médicaments de chaque jour, mais ils peuvent entrer comme adjuvants à certaines périodes de la cure de recalcification.

Comme nous le voyons par ce court exposé, il semble bien que la recalcification doive être le traitement de fond de la tuberculose péritonéale. Mais, comme le dit le Dr Reymond dans sa thèse : « En médecine, beaucoup moins que dans toute autre science, il convient de ne pas être exclusif, ni systématique » et toutes les fois que les autres traitements seront indiqués ou possibles par suite de circonstances particulières, nous ne devons pas hésiter à en faire bénéficier nos malades.

CHAPITRE VIII

MODE D'ACTION

Le traitement recalcifiant dans la tuberculose péritonéale est, comme dans la tuberculose pulmonaire, une cure de terrain : nos malades sont des décalcifiés. Pour la plupart des auteurs : « Quand le minéral part, le bacille entre ». Le microbe ne pousse bien que sur un terrain préparé par la déminéralisation. « Le terrain compte pour quelque chose en matière de tuberculisation... on ne fait pas plus germer les bacilles de Koch sur un organisme non préparé que du blé sur un roc. » (Sergent) (1).

D'autres causes vont encore exagérer l'état de moindre résistance qui a permis à l'organisme de devenir la proie du microbe. Le tuberculeux péritonéal est, plus que tout autre, un déminéralisé non seulement parce que, sous l'influence des toxines microbiennes, son organisme brûle tous ses tissus, mais encore par apport calcique insuffisant. Chez tous nos malades nous avons trouvé, au début, de l'anorexie et des troubles intesti-

(1) Sergent. La Cure de Recalcification : *Consultations médicales françaises.*

naux. Nos sujets ne mangent pas assez pour réparer leurs pertes et celles-ci sont accrues par ce fait que la plupart ont de la diarrhée. Or, toute irritation digestive entraîne une élimination de 50, 60 et même 90 p. 100 de la chaux ingérée.

La méthode de Ferrier se propose d'agir directement en recalcifiant les malades.

1° D'une part, en donnant de la chaux.

2° D'autre part, en s'opposant à son élimination en luttant contre les troubles digestifs si fréquents et si graves chez ces tuberculeux.

1° Nous donnons de la chaux : sous forme d'eau bicarbonatée calcique : Pougues ou Saint-Galmier, la plus assimilable, et sous forme de carbonate et de phosphate tribasique de chaux. Ici, nous rencontrons des objections car ces sels sont insolubles et partant semblent devoir être inassimilables. Mais n'y a-t-il pas pour eux que la voie sanguine pour pénétrer dans l'intimité des tissus? Ne pourraient-ils pas, suivant l'hypothèse émise par M. Colin dans sa thèse, traverser la muqueuse intestinale et passer dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques?

Ce qui est certain, c'est que l'organisme, sous l'influence de l'ingestion des sels de chaux, tend à rétablir son équilibre calcique et cela a été prouvé cliniquement et expérimentalement.

2° Le traitement agit aussi en s'opposant à toutes les causes de spoliations calcaires par le repos physique et intellectuel et par la lutte contre l'acidité des humeurs.

Lorsque, dans nos prescriptions, nous défendons aux

tuberculeux de prendre aucun aliment ou fruit acide, nous supprimons l'ingestion directe d'acide.

Lorsque nous ne permettons pas l'usage des aliments gras (beurre, huile, graisse), nous évitons l'ingestion de corps organiques qui, en se dédoublant, donneraient des acides.

Le pain aussi n'est ingéré qu'en petite quantité parce que, par la levure qu'il contient, surtout le pain de luxe, il est susceptible de produire des fermentations.

C'est aussi pour empêcher celles-ci de se produire que nous condamnons la suralimentation, qui ne laisse pas l'estomac se vider, le surmène ainsi que l'intestin d'où grosse constipation ou diarrhée, favorisant dans le premier cas, une véritable intoxication alimentaire ajoutant ses effets à ceux des toxines microbiennes, ou exagérant, dans le second cas, la dénutrition de nos malades.

Ainsi, tout notre traitement semble agir par les efforts que nous faisons pour lutter contre la décalcification et favoriser la recalcification. Malgré tout, il ne nous est pas encore possible d'expliquer le mécanisme intime de l'action de la chaux au sein de l'organisme envahi par le bacille de Koch. Réussit-elle réellement à l'emmurer ou a-t-elle une action médicamenteuse particulière?

CONCLUSIONS

1° La méthode de recalcification préconisée par Ferrier en 1904, avait été réservée d'abord à la tuberculose pulmonaire et à quelques localisations extrapulmonaires. En 1907, elle est appliquée pour la première fois à la localisation péritonéale.

2° La technique rappelle celle de la tuberculose en général, par ses prescriptions médicamenteuses et hydrominérales, elle en diffère par quelques prescriptions hygiéniques et diététiques, mais elle reste simple et garde un caractère essentiellement pratique.

3° Les résultats sont presque toujours bons ; la mise en application de cette méthode guérit le plus grand nombre, améliore presque tous les autres, ne nuit à aucun.

4° C'est qu'en effet, ses indications sont nombreuses et qu'il n'existe pour ainsi dire pas de contre-indications.

Les avantages généraux sont fort appréciables : efficacité, simplicité, bon marché, caractère pratique qui permet sa mise en application en tous lieux et dans toutes les conditions.

Enfin, autres avantages particulièrement intéressants

parce qu'il s'agit de péritonitiques : tout en tonifiant elle n'irrite pas le tube digestif.

5° Les autres traitements de la péritonite tuberculeuse ont aussi des avantages qu'on ne saurait nier. Mais les uns ne possèdent pas le caractère pratique de la méthode de recalcification, les autres, tout en étant aussi bons toniques, irritent le tube digestif.

6° Son mode d'action n'est pas encore bien connu. Nous savons maintenant que les tuberculeux péritonéaux plus que tous autres, sont des décalcifiés, que le traitement de Ferrier les recalcifie.

L'action intime nous reste cachée.

7° Il est à souhaiter que la méthode de recalcification devienne le traitement de choix : les faits sont là prouvant les heureux résultats obtenus. Il peut d'ailleurs être associé à des moyens généraux tels que l'héliothérapie, la cure marine.

Vu : le Président,
CHAUFFARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Andouart. — Phosphates de chaux médicinaux. *Journal médical de l'Ouest*, 1880 p. 176.

Armand René. — *De l'héliothérapie à l'altitude dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales.* Thèse de Lyon, 1911.

Audiganne. — *Recherches urologiques dans la tuberculose.* Thèse de Paris, 1897.

Aupinel. — *Le processus curatif spontané de la tuberculose.* Thèse de Paris, 1895.

Béchamp. — Voir Lœper.

Benoit. — Le traitement moderne des tuberculoses locales. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 12 septembre 1912.

Bouchard. — *Maladies par ralentissement de nutrition.*

Bracci. — Scella calcificazione. *Clinica moderna*, 1905 p. 97.

Bourdette. — *Traitement médical de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant.* Thèse de Paris, 1912.

Bunge. — *Cours de chimie et de pathologie.* Traduction Canné, 1891.

Chabrié. — *Phénomènes chimiques de l'ossification.* Thèse de Paris.

Charrin. — Défense de l'organisme. *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, 10 avril 1905.

Chatin et Gaulier. — Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse, 21 novembre 1911. *Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon.*

Chevretin-Lamasse. — *Hyperacidité et déminéralisation dans la tuberculose.*

Chossat. — *Compte-rendu de l'Académie des Sciences* T. XIV p. 151.

Cohen. — In *Casper's Wochenschrift*, 1894, p. 743.

Colin (R.). — *Traitement de la tuberculose par les sels de chaux (méthode de Ferrier).* Thèse de Paris, 1910.

Courtellemont. — Traitement de la tuberculose par la recalcification. *Gaz. méd. de Picardie* 1907, N° 6.

Courtellemont et Collin. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la recalcification, *la Clinique*, juin 1910.

Crighton. — On the therapeutic value of the chloridie of calcium. *Practitioner*, 1885, 161, 165.

Delezenne. — Activation du suc pancréatique par les sels de calcium. *Société de Biologie*, 23 juin-21 juillet 1907.

Esmonet et Lœper. — Pourquoi certains entéritiques deviennent tuberculeux. *Progrès médical*, 4 mai. N° 18, p. 221.

Ferrier (P.). — *Relations de nutrition entre le squelette et les dents; ostéocie, odontocie.* Thèse de Paris, 1900.

— Pertes et gains en chaux chez l'homme. *Arch. Gén. de Méd.*, 1905, p. 1601.

— *La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée.* Paris, Vigot, 1906.

— *Bull. et Mém. Société méd. des Hôp. de Paris*, 1906, p. 332.

— Décalcification des tuberculeux. *Bull. méd.*, 25 mai 1907.

— Indications, contre-indications de la méthode recalcifiante. *Soc. de Biologie*, 1907, p. 48.

— Journal de clinique, méd. chirurg., 1906, p. 60-62.

— *Revue de stomatologie*, 1906, p. 400.

Ferrier et Letulle. — Le traitement de la tuberculose par la recalcification chez les ouvriers et les petits employés à Paris. *Soc. de Méd.*, 29 mai 1909.

Fourcroy. — *Recherches sur la préparation et les propriétés médicales du sel marin calcaire*, 1783.

Garnier et Fritsch. — Evaluation de la quantité de chaux nécessaire à l'organisme adulte. *Soc. de Biol.*, 1909, p. 935.

Giraud (Mlle). — Un cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique chez l'enfant traité avec succès par la recalcification. *Montpellier médical*, 1913, tome 1, p. 459.

Gouraud. — Des échanges phosphorés dans la tuberculose. *Revue de la tuberculose*, 1903, p. 451.

Guibal (André) (de Béziers). — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Bull. méd.*, 30 mars 1912.

Guignabert. — *Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré.* Thèse de Paris, 1894.

Guinart. — Tuberculose du péritoine, in *Affections chirurgicales de l'abdomen*, 1910.

Harvier. — *Recherches sur la tétanie et les glandes parathyroïdes.* Thèse de Paris, 1909.

Lasserre. — *De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë.* Thèse de Paris, 1894.

Legueu. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Semaine médicale*, 10 février 1894.

Letulle. — Traitement recalcifiant de la tuberculose. *Presse médicale*, 1909, N° 24.

Licreux. — La présence ou l'absence de sels de chaux dans le sol aurait-elle une influence sur le développement de la tuberculose. *Journal des Praticiens*, juillet 1910, p. 463.

Lœper et Béchamp. — Variations de la chaux intestinale. *Société de Biologie*, 6 avril 1909.

— Variations de la chaux intestinale. *Soc. de Biol.*, 19 mars 1910.

Lucet (L.). — *Echanges nutritifs dans la tuberculose.* Thèse de Paris, 1905.

Maillet. — Quelques observations sur l'emploi de la recalcifi-

cation (Méthode de Ferrier) chez les enfants. *Soc. des Sc. méd. Montpellier*, 9 février 1912, in *Montpellier médical*, 1912.

Michelazzi. — Influence du traitement calcaire sur la tuberculose expérimentale. *Gazetta degli ospidali et chir.*, 1904, p. 425.

Moncany. — Emploi thérapeutique du chlorure de calcium.

Œlsnitz (d') (de Nice). — Indication de l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. *Société de Pédiatrie*, 12 nov. 1912.

Patterson. — Calcium metabolism, *Biochimcal, Journ.* 1908 p. 39.

Philibert (André). — Le traitement médical de la péritonite tuberculeuse. *Progrès médical*, 2 mars 1912, N° 9, page 112 et 9 mars 1912, N° 10, page 124).

Piettre. — Calcification des lésions tuberculeuses chez les bovidés. *Compte rendu Acad. des Sciences*, avril 1909.

Poncet et Leriche. — Héliothérapie, *Académie de Médecine*, 15 oct. 1912.

Popperek (Mme). — *Traitement de la péritonite tuberculeuse par la méthode de recalcification* (Méthode Ferrier). Thèse de Paris, 1913.

Proussenko (Mme). — *Contribution à l'étude de la curabilité de la tuberculose et de son traitement par la méthode de recalcification de Ferrier.* Thèse de Montpellier, 1911.

Quervain (de). — Principes modernes du traitement des tuberculoses dites chirurgicales. *Semaine médicale*, 11 sept. 1912.

Rénon. — Traitement de la tuberculose. *Journ. des Praticiens*, 1907, p. 819-836.

— Tuberculose et recalcification. *Journ. des Praticiens*, 1906, page 265.

Reymond (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de la Tuberculose et en particulier du traitement des tuber-*

culoses chirurgicales par les méthodes de recalcification. Thèse de Montpellier, 1913.

Robin. — Etude clinique sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique. *Arch. gén. de méd.*, mai-juin 1894 et avril 1895.

— Maladies de la déminéralisation organique : l'anémie plasmatique. *Bull. gén. de thérap.* 1902.

— Le terrain de la phtisie pulmonaire. *Bull. général de Thérapeutique*, janvier-février 1909.

— Composition chimique et minéralisation du poumon chez l'individu sain et chez le phtisique. *Bull. de la Soc. d'Etudes scient. sur la tub.*, février 1907.

— Elimination de la chaux et de la magnésie aux différentes périodes de la phtisie pulmonaire et dans la prétuberculose.

Ronsin. — *Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose.* Thèse de Paris, 1883.

Sauvé. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Progrès médical*, 20 janvier 1912. N° 3, page 34.

Sergent. — Valeur thérapeutique de la recalcification dans la tuberculose pulmonaire jugée par six années de pratique. *Presse médicale*, 19 nov. 1910.

— *Syphilis et tuberculose*, 1907.

— Opothérapie surrénale. *Journal médical français*, p. 476, nov. 1911.

— Tuberculose et insuffisance surrénale. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1912.

— La cure de recalcification. *Consultations médicales françaises.*

Sidler. — Cinq ans d'application de la méthode de recalcification du Dr Paul Ferrier dans la classe ouvrière de Paris. *Paris médical.* N° 32 du 6 juillet 1912.

Solovieff (Mlle). *Contribution à l'étude de l'élimination azotée urinaire chez les phtisiques.* Thèse de Paris, 1911.

Tissier. — *Diabète phosphaturique.* Thèse de Paris, 1876.

Tissier. — Recherches comparées sur l'élimination des phosphates dans la chlorose vraie et la phtisie commençante. *Bull. ass. franç. pour avanc. des sciences.* Nantes 1875.

Ville. — Les phosphates en thérapeutique. *Gaz. hebdom. des sciences médicales de Montpellier*, 1891, p. 35.